

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DEPRESSÃO, RELIGIOSIDADE E ESTRATÉGIAS DE COPING**  
**EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

**Vanessa Isabel Pereira Rodrigues**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde - Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2014**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DEPRESSÃO, RELIGIOSIDADE E ESTRATÉGIAS DE COPING**  
**EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

**Vanessa Isabel Pereira Rodrigues**

**Dissertação Orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Seção de Psicologia Clínica e da Saúde - Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2014**

## **Agradecimentos**

A ti mãe...

És a personagem principal desta história..

Mas sabes que mais, somos fortes e seremos sempre porque tu lutaste que nem uma armadura que não curva. Foi em ti que pensei ao longo de toda esta caminhada, foi por ti que a planeei e será sempre por ti que orgulhar-me-ei de ter acompanhado a tua sobrevivência dia após dia..

Sabes uma coisa?

Vencemos, tu com essa força tão grande moves mundos.

**OBRIGADA!**

Mas não poderia ficar por aqui...

Agradeço ao professor Bruno Gonçalves, pela disponibilidade prestada ao longo de todos estes meses. Pelas palavras sábias e até encorajadoras nos momentos de maior desespero, porque sem elas não teria chegado a este dia.

Aos meus professores da Faculdade pelos ensinamentos e aprendizagens transmitidas ao longo destes cinco anos de curso. Foram sem dúvida, cinco anos muito ricos, que contribuíram imenso quer em termos de crescimento profissional como pessoal.

Não poderia deixar de agradecer todo o apoio e força que depositaste em mim nesta última etapa, em que os dias eram cada vez mais cinzentos. Foste sem dúvida um forte alicerce. Maria, Muito Obrigada!

Quanto a vocês, aquelas que quero levar pela vida fora, mais uma vez muito obrigada por nunca desistirem de mim, por terem estado presente não só nas minhas conquistas bem como nas minhas derrotas. Obrigada por acreditarem em mim!

Quanto a ti, Rui...não és o último a quem agradeço, pois todos os dias mesmo que indiretamente eu agradeço-te, nem que seja somente pela presença. Não encontro palavras para toda a paciência que tiveste comigo ao longo de mais uma etapa. Certo é que és aquele porto seguro que mesmo que eu não consiga atracar por falta de coragem, apareces tu e demonstras que existem outras alternativas, que os dias cinzentos podem não tornar-se azuis, mas que a minha força de vontade pode mudar o rumo que quero tomar. Nunca deixaste de acreditar em mim, obrigada por tudo.

## Resumo

O presente estudo tem como finalidade estudar a relação entre a sintomatologia depressiva, a religiosidade e as estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. Nesse sentido, baseamo-nos numa amostra de 65 participantes, com idades compreendidas entre os 33 e os 84 anos, em que se aplicou cinco instrumentos: O Questionário Sociodemográfico para efetuar a recolha de dados sociodemográficos e clínicos; O Questionário de Práticas Religiosas (QPR); O questionário de crenças baseado no *System of Belief Inventory* (SBI-15R) de Holland e colaboradores (1998); A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977) e a Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC) de Watson e colaboradores (1998).

Tendo em conta o tamanho da amostra, é importante ter alguma cautela na interpretação dos resultados obtidos. Os resultados permitem concluir que as mulheres com cancro da mama apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva, sendo mais frequente até três anos após o diagnóstico, comparativamente às mulheres que receberam o diagnóstico há mais tempo. Em relação às mulheres com elevados níveis de prática religiosa o índice de sintomatologia depressiva torna-se diminuto, verificando-se que as estratégias de *coping* predominantes nesta população centram-se em estratégias de coping pouco adaptativas e negativas.

No final são apresentadas algumas propostas para futuras linhas de investigação sobre esta temática.

Palavras-chave: cancro da mama, religiosidade, sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*

## Abstract

O presente estudo tem como finalidade estudar a relação entre a sintomatologia depressiva, a religiosidade e as estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. Nesse sentido, baseamo-nos numa amostra de 65 participantes, com idades compreendidas entre os 33 e os 84 anos, em que se aplicou cinco instrumentos: O Questionário Sociodemográfico; O Questionário de Práticas Religiosas (QPR); O *System of Belief Inventory* (SBI-15R; Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider & Fox, 1998) A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977) e a Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC; Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson 1988).

Tendo em conta o tamanho da amostra, é importante ter alguma cautela na interpretação dos resultados obtidos. Constatou-se que as mulheres com cancro da mama apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva, sendo mais frequente até três anos após o diagnóstico, comparativamente às mulheres que receberam o diagnóstico há mais tempo. Em relação às mulheres com maior religiosidade (práticas religiosas) o índice de sintomatologia depressiva torna-se diminuto. Relativamente às estratégias de *coping*, verifica-se que as mais utilizadas pelas mulheres com cancro cingem-se a estratégias pouco adaptativas e negativas.

No final são apresentadas algumas propostas para futuras linhas de investigação sobre esta temática.

Palavras-chave: cancro da mama, religiosidade, sintomatologia depressiva e estratégias de *coping*

## Índice

Introdução .....	9
Cap. 1 - Enquadramento Teórico.....	11
1. O Cancro da Mama.....	11
1.1 Tratamento para o Cancro da Mama .....	12
1.2 A depressão em mulheres com cancro da mama.....	13
1.3. Estratégias de <i>Coping</i> .....	14
1.4 A religiosidade, depressão, e as estratégias de <i>coping</i> em mulheres com cancro da mama .....	16
Capítulo 2 – Objetivos e Hipóteses .....	18
Capítulo 3 - Método .....	20
3.1 Procedimento .....	20
3.2 Caraterização da amostra .....	20
3.3 Instrumentos utilizados .....	23
3.3.1 Questionário sociodemográfico.....	23
3.3.2 Escala de Depressão – CES-D .....	23
3.3.3 Spiritual Beliefs Inventory – SBI-15R .....	24
3.3.4 Questionário de Prática Religiosa (QPR).....	25
3.3.5 Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC).....	25
Capítulo 4 – Resultados.....	27
4.1 Análise da amostra em relação à sintomatologia depressiva .....	27
4.1.1 Variação da sintomatologia depressiva em função da idade .....	27
4.1.2 Variação da sintomatologia depressiva em função do nível de escolaridade ....	28
4.2 Caracterização da sintomatologia depressiva consoante as variáveis clínicas .....	29
4.2.1 Variação da sintomatologia depressiva em função do tempo de diagnóstico 29	
4.2.2 Variação da sintomatologia depressiva em função do tempo de cirurgia.....	30
4.2.3 Variação da sintomatologia depressiva em função do tipo de cirurgia.....	30
4.3 Análise da amostra em relação à religiosidade .....	31
4.3.1 Variação da religiosidade em função da idade.....	32
4.3.2 Variação da religiosidade em função da escolaridade .....	33
4.4 Análise da relação entre sintomatologia depressiva e religiosidade.....	34
4.4.1 Correlações entre as principais variáveis da religiosidade estudadas e os níveis de sintomatologia depressiva .....	34

4.4.2 Análise da sintomatologia depressiva em função da religião .....	35
4.5 Resultados da amostra em relação às estratégias de <i>coping</i> .....	36
4.5.2 Variação das estratégias de <i>coping</i> em função das variáveis sociodemográficas .....	37
4.5.3 Correlações entre as estratégias de <i>coping</i> e a sintomatologia depressiva.....	39
Capítulo 5 – Discussão dos resultados .....	40
Capítulo 6 - Conclusões.....	45
Referências Bibliográficas.....	47

## Índice de Quadros

- Quadro 1. *Caraterização sociodemográfica da amostra*
- Quadro 2. *Caracterização Clínica da amostra*
- Quadro 3. *Estatística descritiva do SBI-15R*
- Quadro 4. *Estatística descritiva do QPR*
- Quadro 5. *Subescalas do Mini-MAC*
- Quadro 6. *Pontuação na CES-D em função do grupo etário*
- Quadro 7. *Pontuação na CES-D em função do grupo etário (<45Anos; >=45Anos)*
- Quadro 8. *Pontuação na CES-D em função do nível de escolaridade*
- Quadro 9. *Pontuação na CES-D em função do tempo de diagnóstico*
- Quadro 10. *Pontuação na CES-D em função do tempo de cirurgia*
- Quadro 11. *Pontuação na CES-D em função do tipo de cirurgia*
- Quadro 12. *Estatística descritiva dos resultados da amostra em relação à religiosidade*
- Quadro 13. *Pontuação do SBI-15R e do Questionário de Práticas Religiosas em função do grupo etário*
- Quadro 14 – *Pontuação do SBI-15R e do Questionário de Práticas Religiosas por nível de escolaridade*
- Quadro 15 – *Correlação de Pearson entre religiosidade e sintomatologia depressiva com baixo e elevado nível de escolaridade (<9Anos; >9Anos)*
- Quadro 16 – *Pontuação do CES-D em função das categorias de posição religiosa*
- Quadro 17 – *Resultados obtidos na Mini-MAC*
- Quadro 18 – *Alfa de Cronbach dos fatores da Mini-MAC*
- Quadro 19 – *Estatística descritiva dos resultados obtidos na Mini-MAC, consoante os diferentes grupos etários*
- Quadro 20 – *Variação das estratégias de coping em função do nível de escolaridade*
- Quadro 21 – *Correlação entre os fatores identificados na Mini-MAC e a sintomatologia depressiva*



## Introdução

O Cancro da Mama é considerado a nível mundial e nacional é considerada a patologia oncológica mais frequente nas mulheres (Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle, 2007; Tyczynski, Bray & Parkin, 2002).

Apesar do aumento do número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, verifica-se que o número de óbitos em relação ao cancro tem sofrido uma diminuição (DGS, 2002; DGS, 2004a), o que indica que o número é cada vez mais elevado relativamente às sobreviventes desta patologia. Segundo Blanco, Antequera e Aires (2001, cit por Durá & Dias, 2002), atualmente o cancro da mama é considerado uma doença tratável e curável.

Porém, todo o processo, que engloba o momento do diagnóstico, dos tratamentos e a passagem para a vigilância clínica inerente à sobrevivência, pode conduzir a diferentes consequências psicológicas e sociais. Uma das possíveis consequências psicológicas passa pela acentuada manifestação de sintomas depressivos entre pacientes com cancro da mama, durante e após a conclusão do tratamento oncológico (Kleiboer, Bennett, Hodges, Walker, Thekkumpurath & Sharpe, 2011).

As mulheres com cancro da mama, geralmente, adotam diferentes estratégias de *coping* que funcionam como recursos pessoais para fazer face ao processo de doença. As estratégias de *coping*, como por exemplo, o Espírito de Luta tende a ser considerado positiva, pois permite o controlo da doença e a diminuição da ameaça, associando-se a um melhor prognóstico. Pelo contrário o Fatalismo, o Desânimo/Fraqueza, a Preocupação Ansiosa e o Evitamento Cognitivo são estratégias de *coping* consideradas como negativas, uma vez que se associam à vivência da perda e da ameaça, e a pior prognóstico (Hampton & Frombach, 2000; Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden & Haes, 2004).

O presente estudo enquadra-se nesta área de interesse, pois tem como objectivo principal estudar a relação entre a sintomatologia depressiva, a religiosidade e as estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama.

Esta investigação será apresentada ao longo de 6 capítulos, em que no primeiro será feita uma revisão da literatura e um enquadramento teórico sobre as temáticas em causa, nomeadamente, o cancro da mama; tratamento para o cancro da mama; depressão

em mulheres com cancro da mama; estratégias de *coping* e por fim, a relação entre religiosidade, depressão e estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama.

No segundo capítulo, enunciam-se os principais objetivos e hipóteses formuladas.

No terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada, mais concretamente, expõe-se o procedimento de recolha dos dados, a caracterização da amostra e, por último, descreve-se os instrumentos utilizados na recolha de dados. Relativamente ao quarto e quinto capítulo são apresentados e discutidos os resultados respetivamente.

Por fim, no capítulo cinco são abordadas algumas conclusões deste estudo, assim como são apontadas algumas limitações, tentando de igual forma, deixar enunciadas algumas sugestões para futuras investigações nesta área.

## **Cap. 1 - Enquadramento Teórico**

### **1. O Cancro da Mama**

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro, o tipo de cancro com maior predominância entre as mulheres consiste no cancro da mama, correspondendo à segunda causa de morte por cancro, no sexo feminino.

Por outro lado, verifica-se que maioritariamente e com alguma frequência, é o sexo feminino que se confronta com o desafio de viver com o cancro. Segundo Rebelo, Rolim, Carqueja e Silva (2007), em Portugal, mais de 3500 mulheres morrem de cancro, por ano, e aproximadamente 1500 apresentam poucas probabilidades de sobreviver, pois o diagnóstico é feito numa fase avançada da doença.

Porém, nestes últimos anos, apesar de, por um lado, se constatar um aumento no número de novos casos diagnosticados com cancro da mama, também se verificou uma diminuição do número de óbitos com este tipo de cancro (DGS, 2002; DGS,2004a). Ou seja, pode dizer-se que existem cada vez mais mulheres a adquirir um estatuto de sobreviventes. Sendo de salguardar que esta situação tem sido possível devido à grande evolução ao nível das técnicas de rastreio e das técnicas terapêuticas existentes, o que por sua vez possibilita uma detecção precoce do cancro da mama e a oportunidade de realização de tratamentos visando a cura do mesmo (Dias, 2002; Pais Ribeiro, 1998).

No que diz respeito à incidência, em relação à faixa etária, pode-se mencionar que existem dois picos na distribuição etária do cancro da mama: um primeiro grupo dos 45 aos 49 anos e um segundo dos 65 aos 75 anos, sendo que os casos mais raros tendem a ocorrer entre estes dois picos (Lawson & Lawson, 2000).

Desde a década de 70, os estudos realizados em redor desta temática, referem que as mulheres com diagnóstico de cancro da mama sofrem 1.perturbações psicológicas, tais como ansiedade, depressão e raiva; 2.mudanças no padrão de vida, relacionadas com o casamento, a vida sexual e a atividade laboral e ainda, 3. medos e preocupações referentes à mastectomia, recorrência da doença e morte (Meyerowitz, 1980; cit. por Cecilia da Silva, 2008). Uma mulher com um diagnóstico de cancro da mama terá de aceitar o trauma de uma doença geralmente, associada à morte e também de enfrentar o trauma eventualmente ligado com a provável realização de uma cirurgia (Ogden, 2004). A mulher ao ser informada do diagnóstico de cancro da mama, não só terá de lidar com a doença propriamente dita, bem como, com o posterior tratamento e consequente

sofrimento físico e psicológico, como terá de enfrentar o fato de que o cancro afeta um órgão repleto de simbolismo, na maternidade e na feminilidade da mulher (Bertero, 2002).

## **1.1 Tratamento para o Cancro da Mama**

Existem diversas opções de tratamento para o cancro da mama: Cirurgia (Conservadora e Mastectomia), Radioterapia, Quimioterapia, Terapia Hormonal ou Hormonoterapia e Imunoterapia.

Os dois primeiros tratamentos são tratamentos locais, ou seja, são aplicáveis na remoção, destruição e controlo das células cancerígenas de uma área específica. Por outro lado, a Quimioterapia, a Terapia Hormonal e a Imunoterapia caracterizam-se por serem tratamentos sistémicos – utilizados no controlo e destruição das células cancerígenas em todo o corpo do indivíduo (Ponce; 2002; Ogden, 2004).

### **1.1.1 Cirurgia**

Este é o tratamento mais comum no cancro da mama. Existem dois tipos de cirurgia: Cirurgia Conservadora, em que é removido o cancro e não a mama no seu todo e a Mastectomia Radical, em que é removida a mama no seu todo. O tipo de cirurgia irá depender de múltiplos fatores, tais como o tipo e o tamanho do tumor, os quais serão previamente abordados entre médico e paciente (Kneece, 2005; Ogden, 2004; Passos Coelho, 2006). A Cirurgia Conservadora além de remover o tumor, tem simultaneamente como objectivo preservar a maior parte do tecido mamário e minimizar os efeitos psicológicos para a mulher, obtendo um resultado estético positivo para a imagem corporal.

### **1.1.2 Radioterapia**

A radioterapia é um meio de tratamento que utiliza a energia fornecida por diferentes tipos de raios (ex.: raio x, raios gama, cobalto, electrões). Estes raios formam a radiação ionizante que atua ao nível das células malignas do corpo, destruindo-as e impedindo-as de se reproduzirem. O objetivo da radioterapia após a cirurgia conservadora consiste em reduzir o risco de incidência e aumentar a sobrevivência.

### **1.1.3 Quimioterapia**

A quimioterapia implica o recurso a fármacos anticancerígenos para matar as células cancerosas que ainda possam estar localizadas na mama e para prevenir a propagação do cancro, através da corrente sanguínea, para outros órgãos. Estes

medicamentos podem ser administrados por via oral ou por via endovenosa (Nunes, 2008), tendo a si inerente diversos efeitos secundários, tais como: a queda de cabelo, perda de apetite, náuseas, vômitos, diarreia e fadiga.

#### **1.1.4 Hormonoterapia**

A hormonoterapia é utilizada quando o tumor é hormo-dependente, ou seja, a sua progressão depende de hormonas femininas como o estrogénio e a progesterona. O *Tamoxifeno* é a terapia hormonal mais conhecida e tem como efeito principal bloquear o estrogénio destinado à mama, embora possua outros mecanismos de ação mais complexos.

Segundo Ogden (2004), a mama encontra-se associada a diversos simbolismos: ao feminino, à sexualidade e à maternidade. Assim, a perda da mama, para muitas mulheres, implica a perda de uma parte importante de si. Porém, à medida que a paciente vai progredindo no processo de tratamento, vai sendo confrontada com novos problemas e desafios. Portanto, a preocupação com os sintomas, os receios face à eficácia dos tratamentos e o medo de um mau prognóstico podem contribuir para o surgimento de elevados níveis de *distress*, depressão e ansiedade.

Estes efeitos podem ser encarados em termos de reações à perda ou à ameaça de perda num curto ou longo espaço de tempo (Holland, 1989).

### **1.2 A depressão em mulheres com cancro da mama**

O cancro da mama é uma doença que se encontra associada à perda, ao desfiguramento, à dor e à incerteza quanto ao futuro, dado que o diagnóstico de cancro por vezes, é referenciado como sendo equivalente a uma sentença de morte, embora não tenha necessariamente de o ser.

Destarte, verifica-se que a ansiedade e a depressão estão significativamente relacionadas com esta doença, quer na fase inicial, em que a mulher fica a ter conhecimento do seu estado de saúde, quer numa fase mais tardia, em que decorre o processo de tratamento (Magalhães, Filho, Segurado, Marcolino e Mathias, 2006). As investigações demonstram que de 20% a 30% das mulheres com cancro da mama apresentam-se com ansiedade, depressão e baixa auto-estima (Ramirez, Richards, Jarrett & Fentiman, 1985) após o diagnóstico, podendo manifestar-se durante todo o tratamento bem como após o seu término (Carrol, 2000; cit. por Hoffmann, Muller &

Rubin, 2006). Portanto, podemos referir que independentemente do estágio da doença em que a mulher se encontra, o cancro da mama acarreta diferentes stressores que dependendo da forma como estes forem percebidos, irão eventualmente provocar níveis elevados de ansiedade e/ou depressão.

Segundo Maia e Correia (2008), a ansiedade predomina em situações de avaliação e diagnóstico. Já os processos depressivos, desenvolvem-se, tendencialmente, quando os indivíduos se encontram numa fase terminal do tratamento e se aproximam a passos largos da etapa de reintegração nas atividades habituais do seu dia-a-dia.

A depressão acarreta um sentimento negativo de tristeza, caracterizando-se por uma alteração no estado de humor e por uma redução da atividade cognitiva e comportamental, encontrando-se associada a situações de perda de algo importante para o indivíduo ou face a uma situação adversa. Coimbra de Matos (2001) complementa referindo que os sintomas mais comuns centram-se na tristeza, na diminuição do entusiasmo, insónia e choro.

Em suma, constata-se que a perda de um familiar ou amigo, bem como a vivência de uma doença, como o cancro, são alguns dos exemplos que podem conduzir o indivíduo a um estado depressivo (Fernández-Abascal et al., 2003).

### **1.3. Estratégias de *Coping***

O cancro representa uma ameaça à vida e integridade do indivíduo. Como tal, cada indivíduo perante uma situação de diagnóstico e subsequente tratamento do cancro poderá adotar inúmeras mas distintas formas de resposta, com o intuito de conseguir lidar da melhor forma possível com esta doença.

Assim, face a um confronto com o cancro ou perante uma outra doença, o indivíduo poderá manifestar reações muito diversas, dado que o modo como a situação é interpretada e ainda a percepção acerca das ameaças inerentes à própria doença são bastante discrepantes de indivíduo para indivíduo. Cada pessoa irá mobilizar recursos pessoais e sociais com o intuito de preservar a sua integridade física e psíquica.

O coping, segundo Lazarus e Folkman (1984; cit. por Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira, 1998) consiste num conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que são utilizados pelos indivíduos com o intuito destes últimos conseguirem lidar com determinadas situações geradoras de stress. A doença apresenta-se como uma situação geradora de *stress* que conduz à adoção de um vasto número de estratégias de *coping* (Pinto, 2009), que funcionam como recursos pessoais no combate da doença.

Antes de explicar as estratégias de *coping* propriamente ditas, iremos enunciar as suas duas funções: o *coping* que permite o controlo das emoções e o *coping* que permite a resolução dos problemas. O *coping* que permite o controlo das emoções utiliza-se, geralmente, quando já não se pode fazer nada para alterar a ameaça, como tal, o recorrente é a fuga e distanciamento do problema, com o intuito de diminuir o desconforto e sofrimento sentido. O *coping* que permite a resolução dos problemas é utilizado quando as situações são percebidas como possíveis de serem controladas pela análise do problema, incluindo prós e contras das soluções previstas, visando a escolha da melhor estratégia.

Segundo Rowland (1989, cit. por Varela e Leal, 2007), as estratégias de *coping* são afetadas pela duração e intensidade da exposição à situação stressante. Em complemento, Weismar e Worden (1977; cit por Rowland, 1989) referem que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que incutem a aceitação do cancro em conjunto com a visão de responder aos problemas e demais consequências da doença. Perante a anterior exposição de ideias, verifica-se que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que permitem a resolução do problema (Varela e Leal, 2006).

Existem diversas investigações em torno da temática das estratégias de *coping* utilizadas no cancro da mama, porém estas recorrem a diferentes classificações de estratégias de *coping*. Na presente investigação, iremos incidir na classificação proposta por Watson e Greer (1994) utilizada no questionário Mini Mental Adjustment Cancer (Watson e Greer, 1994).

Segundo Watson e Greer (1998; cit. por Caldeira da Silva, 2011), esta classificação revela cinco estratégias de *coping* diferentes: espírito de luta, evitamento, fatalismo, preocupação ansiosa e desânimo/fraqueza. O espírito de luta compreende-se por uma atitude otimista, de desafio no combate à doença e ainda, na percepção de controlo perante a mesma; o evitamento, tal como a própria designação o indica, corresponde à negação ou minimização dos danos face ao diagnóstico, consequentemente, distanciando-se do diálogo e do pensar sobre a doença; o fatalismo demonstra uma aceitação passiva da doença; e pelo contrário, na preocupação ansiosa verifica-se uma ansiedade constante, face à percepção da doença como sendo ameaçadora à própria integridade do indivíduo; e por fim, o desânimo/fraqueza compreende-se por uma atitude de pessimismo, dado que a doença é percebida como uma perda bem como sendo uma situação sobre a qual dificilmente se conseguirá adquirir qualquer controlo.

Alguns autores mencionam que as classificações desânimo/fraqueza, a preocupação ansiosa e o fatalismo são estratégias de *coping* passivas e pouco adaptativas no ajustamento à cirurgia da mama e que, por outro lado, as classificações espírito de luta e o evitamento são estratégias adaptativas e ativas (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chrysoschoou, 2006). Segundo alguns autores, a utilização do desânimo/fraqueza como estratégia de *coping* negativa, geralmente está associada a elevados níveis de depressão que se mantêm mesmo após a realização dos tratamentos (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik & Karesen, 2004).

#### **1.4 A religiosidade, depressão, e as estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama**

O cancro da mama é encarado como um evento stressor no momento, durante e após o diagnóstico. Segundo Medeiros (2001; cit. por Hoffmann, Muller & Rubin 2006), o cancro da mama, por se encontrar fortemente relacionado com a ideia de doença fatal e incurável, é, consequentemente, associado à morte. Conclui-se que tanto o diagnóstico como todo o processo da doença é vivido pela mulher e demais em redor, como um momento de extremo sofrimento e ansiedade.

Como tal, a manifestação de sintomas depressivos entre pacientes com cancro da mama, durante e após a conclusão do tratamento oncológico é bastante acentuada (Kleiboer, Bennett, Hodges, Walker, Thekkumpurath & Sharpe, 2011).

Alguns estudos realizados desde a década de 80, afirmam que a religião possivelmente poderá exercer um efeito protetor relativamente à influência na ocorrência e severidade da depressão (Koenig et. al, 2001; cit. por Lobo, 2012). Segundo Braam et al, 2001; Koenig, George & Peterson 1998; Murphy et al, 2000; cit por Lobo, 2012), existem alguns aspetos da religiosidade tais como, o envolvimento em eventos religiosos públicos, que se relacionam inversamente com a presença de sintomas depressivos. Neste sentido, alguns estudos referem que a maioria dos indivíduos, relatam que as suas crenças religiosas e espirituais consistem num fator de sucesso na forma como o indivíduo lida com determinada doença, dado que esta variável assume um papel de mediadora na forma de lidar com a doença.

Geralmente, quando se aborda a temática da religiosidade, esta encontra-se associada à espiritualidade. O que não é descabido, dado que ambos os termos se relacionam com uma realidade última, ou seja, lidam com o “*transcendental, sagrado e não material*”. Digamos que, enquanto a espiritualidade se encontra relacionada com o



individual, com o caminho da experiência subjetiva religiosa que cada um adota, a religiosidade associa-se à participação em crenças, atividades e rituais próprios da religião que seguem (Wildes, Miller, Miguel de Majors & Ramirez, 2009). Alguns estudos (Holland, Kash, Passik et al., 1998, cit. por Yalom, 1980) sugerem que a população, em geral, tem uma grande necessidade de encontrar um significado para as adversidades dos diversos eventos que experimenta, nomeadamente, eventos relacionados com tristeza, doença e morte.

Tal como já foi mencionado, o cancro representa uma ameaça à vida e integridade do indivíduo, este, por sua vez, irá tentar encontrar o melhor modo de conseguir lidar com esta doença. Com esse intuito e perante uma situação de diagnóstico bem como consequente tratamento, o indivíduo poderá adoptar diversas mas distintas formas de lidar com o cancro.

Em suma, o indivíduo perante uma doença que se encontra fortemente associada à morte e que é definida como sendo uma situação stressante, tentará da melhor maneira aceitá-la superá-la e para isso irá recorrer a estratégias de *coping* mais ativas ou mais passivas, que podem incluir o recurso à prática religiosa ou à religiosidade na sua dimensão mais espiritual da religiosidade.

## Capítulo 2 – Objetivos e Hipóteses

O grande objetivo deste estudo é estudar as relações entre a religiosidade e depressão em mulheres com cancro da mama. Este estudo visa ainda, explorar a relação de variáveis sociodemográficas e psicossociais, nomeadamente idade, estado civil e escolaridade, com a sintomatologia depressiva e religiosidade. De igual forma, serão investigadas quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pela referida população e estudadas as relações entre os mecanismos de *coping* e a sintomatologia depressiva.

Assim sendo, apresenta-se um conjunto de objetivos concretos e hipóteses associadas:

1. Verificar se as mulheres com cancro da mama apresentam mais sintomatologia depressiva do que a população geral.
2. Analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade, estado civil e escolaridade, poderão exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva.

Hipótese 1 - Espera-se encontrar diferenças de resultados na sintomatologia depressiva, consoante as variáveis sociodemográficas, idade, estado civil e nível de escolaridade.

3. Analisar se as variáveis clínicas, nomeadamente, tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tipo de cirurgia, poderão exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva.
4. Analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade, estado civil e escolaridade, poderão exercer influência sobre os níveis de religiosidade.

Hipótese 2 - Espera-se encontrar maiores níveis de religiosidade nas participantes mais velhas.

5. Verificar a relação entre sintomatologia depressiva e religiosidade.

Hipótese 3 – Espera-se que haja uma correlação negativa entre os níveis de religiosidade e os níveis de sintomatologia depressiva.

6. Analisar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por mulheres com cancro da mama.

7. Analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade e nível de escolaridade, poderão exercer influência sobre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas
8. Verificar se existe uma relação entre determinadas estratégias de *coping* e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 4 – Espera-se que quanto maior a frequência de utilização de estratégias de *coping* ativas, menor serão os níveis de sintomatologia depressiva.

## **Capítulo 3 - Método**

No presente capítulo será abordada a metodologia que serviu de base à recolha da informação, com o intuito de testar as hipóteses levantadas, na sequência dos objetivos propostos. Inicialmente será caracterizada a amostra, seguidamente descrito o procedimento utilizado na sua obtenção e por fim, serão descritos os instrumentos utilizados neste estudo.

### **3.1 Procedimento**

Inicialmente foi apresentado o projeto à comissão de ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Após o parecer positivo do mesmo, realizaram-se contatos com as técnicas do Movimento Vencer e Viver em que ficou acordado a sua colaboração na presente investigação. O processo de recolha de amostra efetuou-se presencialmente entre o mês de Janeiro e Março de 2014, realizando-se uma abordagem direta às mulheres que se dirigiam ao Movimento. A autora identificou-se e apresentou com maior pormenor a cada participante o estudo que se pretendia realizar, facultando o consentimento informado a cada participante. Foram dadas informações sobre a participação voluntária e a ausência de consequências no caso de desistência da sua participação na investigação, realçando ainda, a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Após a manifestação de interesse e disponibilidade por parte das participantes, estas procederam ao preenchimento de cinco questionários.

Destarte, foram contatadas 70 mulheres. Destas apenas 5 se manifestaram indisponíveis: as restantes 65 aceitaram participar na investigação.

### **3.2 Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por 65 mulheres que frequentam o Movimento Vencer e Viver, localizado em Lisboa. Através da análise do Quadro 1 pode verificar-se que a maior parte das mulheres são casadas ou vivem em união de fato, têm o 4º ano de escolaridade e estão reformadas. As participantes têm idades compreendidas entre os 33 e os 84 anos, com uma média de 60,12 (DP=12,2).

## Quadro 1

### *Caraterização sociodemográfica da amostra*

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	1	1,5
Casada/União de Fato	47	63,1
Divorciada/Separada	7	10,8
Viúva	16	24,6
<b>Formação Escolar</b>		
Não foi à escola	1	1,5
Menos de 4 anos	3	4,6
4 Anos	17	26,2
6 Anos	8	12,3
9 Anos	7	10,8
12 Anos	13	20,0
Bacharelato/Licenciatura/Mestrado	16	24,6
<b>Situação Profissional</b>		
Empregada	21	32,3
Dona de Casa	9	13,8
Desempregada	1	1,5
Reformada	34	52,3

No que diz respeito às características clínicas, pode verifica-se através do Quadro 2 que à exceção de uma participante, todas as mulheres da amostra realizaram cirurgia. A maior parte das mulheres da amostra refere que foram submetidas à Mastectomia, encontrando-se atualmente a realizar tratamento, nomeadamente Quimioterapia e Radioterapia.

## Quadro 2

### *Caracterização Clínica da amostra*

Variáveis	n	%
<b>Tipo de Cirurgia</b>		
Conservadora	22	33,8
Mastectomia Radical	42	64,6
<b>Realização de Tratamento</b>		
Sim	26	40,0
Não	39	60,0
<b>Tipo de Tratamento</b>		
<b>Radioterapia</b>		
Sim	37	56,9
Não	28	43,1
<b>Quimioterapia</b>		
Sim	38	58,5
Não	27	41,5
<b>Hormonoterapia</b>		
Sim	35	53,8
Não	30	46,2

De acordo com o Questionário de Práticas Religiosas, verifica-se que a maioria das participantes considera-se Católica Praticante (55,4%), seguindo-se de Católico Praticante (35,4%) e 9,2% da amostra considera-se cristã não católica, não ter religião ou ter outra religião.

### **3.3 Instrumentos utilizados**

Foi administrado às participantes um questionário sociodemográfico, as versões portuguesas da *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* [CES-D] (Gonçalves & Fagulha, 2004), do *Systems of Belief Inventory* SBI-15R (Holland et al., 1998), o Questionário de Prática Religiosa e ainda, a Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro Mini-MAC (Watson et al., 1994).

#### **3.3.1 Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico foi desenvolvido especificamente para esta investigação e serviu como guião num primeiro contacto com o participante. Pretendeu-se, de uma forma breve, recolher uma diversidade de informações quanto às características sociodemográficas. A informação recolhida contempla: idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e ainda, alguns dados referentes ao cancro da mama.

#### **3.3.2 Escala de Depressão – CES-D**

Para a realização desta investigação decidiu-se utilizar a *CES-D* (adaptada por Gonçalves & Fagulha, 2004), com o propósito de avaliar os sintomas depressivos dos participantes.

A *CES-D*, como a própria designação o indica, consiste numa escala de depressão desenvolvida pelo *Center for Epidemiological Studies* que, posteriormente, foi adaptada para a população de vários países, incluindo a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2004). Esta escala tem como objetivo a avaliação da ocorrência de sintomatologia depressiva na população geral.

A *CES-D* é um questionário de autoaplicação, constituído por 20 itens seleccionados a partir de um conjunto de itens recolhidos de outras escalas de depressão previamente validadas e que representam os principais aspetos da sintomatologia depressiva (Radloff, 1977 cit in Gonçalves & Fagulha, 2004). Os itens estão associados aos diversos aspetos que surgem com a depressão: sentimentos de culpa e desvalorização, humor depressivo, perda de apetite, sentimentos de desespero e desamparo, lentificação psicomotora e perturbação do sono.

É de realçar que a particular simplicidade na forma como os itens estão formulados e os tipos de respostas apresentados, conduzem a uma maior facilidade na

utilização da escala em sujeitos com baixo nível de escolaridade (Gonçalves e Fagulha, 2004).

A avaliação das respostas é feita pela frequência com que determinado sintoma esteve presente na semana anterior ao preenchimento da escala, respostas pontuadas de 0 a 3, numa escala de 4 opções: Nunca ou Muito Raramente (0); Ocasionalmente (1); Com alguma frequência (2) e Com muita frequência ou sempre (3). Quanto ao resultado final, este pode variar entre 0 a 60 pontos, em que as pontuações mais altas sugerem maior incidência de sintomas depressivos. Gonçalves e Fagulha (2004) propuseram utilizar o valor 20 como ponto de corte. Sujeitos com uma pontuação  $\geq 20$  devem ser submetidos a um exame mais aprofundado dado o risco de apresentarem uma perturbação depressiva.

A adaptação da presente escala para a população portuguesa foi efetuada através dos estudos realizados por Gonçalves e Fagulha (2004), tendo apresentado uma elevada consistência interna (*Alfa de Cronbach* .85). No presente estudo, através da análise da precisão, verificou-se um elevado nível de precisão, com um valor de Alfa de Cronbach de .91, obtendo como valor médio de pontuação 18, com um desvio-padrão igual a 11,84.

### **3.3.3 Spiritual Beliefs Inventory – SBI-15R**

O questionário SBI-15R foi desenvolvido com o intuito de avaliar as crenças e práticas religiosas e espirituais assim como o apoio social por parte da comunidade religiosa que partilha essas mesmas crenças religiosas. Este instrumento reúne 15 itens que deverão ser respondidos usando uma escala de *Likert* de 4 pontos, no qual 0 representa “*Discordo totalmente*” e 3 representa “*Concordo totalmente*”.

Para a subescala crenças religiosas (inclui os itens 1,2,4,6,8,10,11,12,14 e 15), a pontuação total varia de 0 a 30 pontos e a subescala apoio social (inclui os itens 3, 5, 7, 9 e 13) varia de 0 a 15 pontos. A pontuação total é a soma do resultado de ambas as subescalas.

No presente estudo, verificou-se através da análise de precisão da escala do SBI-15R, um elevado nível de precisão, com um valor de Alfa de Cronbach de .93. Verifica-se, através do Quadro 3, que a média total do SBI-15R é de 33,12, com um desvio-padrão de 9,94.



### Quadro 3

*Estatística descritiva do SBI-15R*

Média	Mínimo	Máximo	Variância	Desvio-Padrão	Nº Itens
33,12	1	45	98,8	9,94	15

*Nota: n=65*

#### 3.3.4 Questionário de Prática Religiosa (QPR)

O questionário de prática religiosa possibilita verificar qual o grau da prática da religiosidade das participantes. Este é constituído por 11 questões, cinco das quais dizem respeito às atuais práticas religiosas e as restantes seis referem-se a valores e história religiosa do sujeito. Nesta investigação foram apenas utilizados os cinco itens que constituem uma escala de prática religiosa atual. Posto isto, fez-se a análise de precisão da escala, tendo sido obtido um elevado nível de precisão, com um valor de Alfa de Cronbach de .80 (M = 19,69, DP= 4,5).

### Quadro 4

*Estatística descritiva do QPR*

Média	Mínimo	Máximo	Variância	Desvio-Padrão	Nº Itens
19,69	1	32	19,97	4,47	8

*Nota: n=65*

#### 3.3.5 Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC)

A Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Watson et al. 1998), visa avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes oncológicos, perante o diagnóstico e consequente tratamento do cancro. Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) validaram esta escala para a população portuguesa.

Este instrumento de autopreenchimento é constituído por 29 itens. Através do Quadro 5, pode verificar-se que os itens encontram-se repartidos em cinco subescalas que incluem as seguintes dimensões: Desânimo/Fraqueza, Preocupação Ansiosa, Espírito de Luta, Evitamento Cognitivo e Fatalismo.

## Quadro 5

### Subescalas do Mini-MAC

Dimensões	Itens	Exemplo	Caraterização
<i>Desânimo - Fraqueza</i>	1,2,6,13,16,18,22 e 28	“Não tenho muita esperança no futuro”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessimismo</li> <li>• Inexistência de estratégias de combate à doença.</li> </ul>
<i>Preocupação Ansiosa</i>	8,10,12,14,15, 23,27 e 29	“Estou apreensiva”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade constante</li> </ul>
<i>Espírito de Luta</i>	3,19,20 e 26	“Encaro a minha doença como um desafio”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atitude otimista, em que a doença é encarada como um desafio</li> </ul>
<i>Evitamento Cognitivo</i>	4,9,21 e 24	“Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negação/Evitamento do diagnóstico de cancro.</li> </ul>
<i>Fatalismo</i>	5,7,11,17 e 25	“Entreguei-me nas mãos de Deus”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação passiva da doença</li> </ul>

Cada item consiste numa afirmação que descreve diversas reações dos sujeitos ao cancro. Para cada um dos itens, os sujeitos indicam o seu grau de concordância, segundo uma escala de *Likert* de quatro pontos (1- “Não se aplica de modo algum a mim”; 2- “Não se aplica a mim”; 3- “Aplica-se a mim” e 4- “Aplica-se totalmente a mim”). É de salientar que a obtenção de valores elevados nas subescalas de desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, evitamento e fatalismo, indicam níveis de *coping* pouco adaptativos e negativo e, por outro lado, níveis elevados na subescala espírito de luta indica níveis de *coping* adaptativo e positivo.

## Capítulo 4 – Resultados

### 4.1 Análise da amostra em relação à sintomatologia depressiva

Neste subcapítulo serão analisados os resultados obtidos na amostra relativamente à depressão, consoante a faixa etária, o nível de escolaridade e a situação profissional.

De forma complementar, analisa-se os resultados obtidos em relação à sintomatologia depressiva, tendo em conta alguns aspetos relacionados com o cancro da mama, tais como: o tipo de cirurgia a que foi submetida, há quanto tempo foi a sua realização e ainda qual(is) o(s) tratamento(s) a que foi sujeita.

A avaliação dos resultados da amostra em torno da manifestação da sintomatologia depressiva, indicam uma média de pontuação 18,00 e 36,9% das participantes apresentam uma pontuação igual ou superior ao ponto de corte de 20.

#### 4.1.1 Variação da sintomatologia depressiva em função da idade

No Quadro 6, mostra-se os resultados obtidos em relação à manifestação de sintomatologia depressiva, consoante os diferentes grupos etários:

#### Quadro 6

*Pontuação na CES-D em função do grupo etário*

	<b>M</b>	<b>DP</b>
33 a 50 anos	20,38	11,58
51 a 70 anos	16,51	12,87
71 a 84 anos	19	9,39
N=65		

A análise da relação entre a sintomatologia depressiva e a idade, através da correlação de Pearson, mostrou que a correlação não é significativa ( $r=-0,10$ ;  $p=0,447$ ). O cálculo da ANOVA (ver Anexo a), indica-nos que as médias dos resultados da sintomatologia depressiva não são significativamente diferentes em relação aos diferentes grupos etários  $F_{(2,62)} = 0,640$ ;  $p\text{-value} = 0,531$ ).

De seguida, categorizaram-se as idades em dois grupos: “Inferior a 45 anos” e “Igual ou superior a 45 anos” (Quadro 7). Através da *t de student*, pretendeu-se verificar

se as médias obtidas, relativamente à sintomatologia depressiva, são significativamente diferentes entre os dois grupos de mulheres com doença oncológica.

Os resultados obtidos indicam que existem diferenças significativas nas médias do CES-D, em função do grupo etário ( $t= 2,77$ ;  $p\text{-value} = 0,009$ ).

#### Quadro 7

*Pontuação na CES-D em função do grupo etário*

<b>Idade</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<45 Anos	29,83	7,06
>=45 Anos	16,80	11,59
N=65		

#### 4.1.2 Variação da sintomatologia depressiva em função do nível de escolaridade

O Quadro 8 indica a sintomatologia depressiva consoante o nível de escolaridade das participantes:

#### Quadro 8

*Pontuação na CES-D em função do nível de escolaridade*

<b>Nível de escolaridade</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>
Até 4 Anos	21,29	13,65	21
6 Anos	19,63	12,44	8
9 Anos	12,71	11,62	7
12 Anos	21,31	11,81	13
Bacharelato, Licenciatura e/ou Mestrado	12,50	6,35	16

A análise da relação entre a sintomatologia depressiva e o nível de escolaridade, através da correlação de Pearson, demonstra que esta correlação não é significativa. Os dados obtidos através da realização da ANOVA (ver Anexo b) vão de encontro com a informação obtida anteriormente. Assim sendo, a média dos resultados da sintomatologia depressiva não são significativamente diferentes entre os diferentes

grupos de níveis de escolaridade ( $F_{(4,60)}=2,031$ ;  $p\text{-value}=0,101$ ), ou seja, os níveis de escolaridade não influenciam os níveis de sintomatologia depressiva.

## 4.2 Caracterização da sintomatologia depressiva consoante as variáveis clínicas

### 4.2.1 Variação da sintomatologia depressiva em função do tempo de diagnóstico

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, que corresponde à questão 4 do Questionário Sociodemográfico, procedeu-se à categorização da amostra em cinco categorias: *Até 1 Ano*, *4 Anos*, *8 Anos*, *14 Anos* e *Há mais de 20 Anos*. O Quadro 9, apresenta os resultados relativos à sintomatologia depressiva consoante o tempo de diagnóstico.

#### Quadro 9

*Pontuação na CES-D em função do tempo de diagnóstico*

Tempo de diagnóstico	CES-D		
	M	DP	N
Até 1 ano	24,56	11,65	16
4 Anos	20,22	12,65	9
8 Anos	10,60	7,47	15
14 Anos	16,00	11,49	8
>19 Anos	18,12	12,14	17

Com o objetivo de verificar se existem diferenças significativas entre as médias da escala de depressão, realizou-se uma ANOVA (ver Anexo c). Os resultados obtidos indicam que a média da sintomatologia depressiva não é significativamente diferente entre as cinco categorias ( $F_{(48,1)}=1,105$ ;  $p\text{-value}=0,441$ ), ou seja, o tempo de diagnóstico não influencia os níveis de sintomatologia depressiva. No entanto, a média da pontuação na CES-D das mulheres em que o tempo decorrido depois do diagnóstico foi até três anos ( $M=23,5$ ) é significativamente mais elevada ( $t=-2,77$ ;  $p=0,007$ ) do que as que souberam o diagnóstico há mais tempo ( $M=15,09$ ).

#### 4.2.2 Variação da sintomatologia depressiva em função do tempo de cirurgia

Realizou-se o mesmo processo, mas em relação ao tempo de cirurgia. No Quadro 10, encontram-se os resultados referentes à sintomatologia depressiva em função do tempo de cirurgia.

##### Quadro 10

Pontuação na CES-D em função do tempo de cirurgia

Tempo de Cirurgia	CES-D		
	M	DP	N
Até 1 ano	22,50	12,53	10
4 Anos	22,07	11,44	15
8 a 14 Anos	12,13	9,66	23
>19 Anos	19,71	12,19	17
N=65			

Procedeu-se ao cálculo da ANOVA (ver Anexo d), com o objetivo de constatar se existem diferenças significativas entre as médias obtidas na escala de sintomatologia depressiva, consoante o tempo de cirurgia. Os resultados sugerem que as médias da sintomatologia depressiva não diferem significativamente entre os diferentes tempos de cirurgia ( $F_{(3,61)} = 3,424$ ;  $p\text{-value} = 0,023$ ), ou seja, o tempo de cirurgia não influencia os níveis de sintomatologia depressiva. No entanto, a média da pontuação na CES-D das mulheres em que o tempo decorrido da cirurgia foi de até três anos ( $M = 24,33$ ) é significativamente mais elevada ( $t = 2,69$ ;  $p\text{-value} = 0,009$ ) do que as que realizaram a cirurgia há mais tempo (15,51).

#### 4.2.3 Variação da sintomatologia depressiva em função do tipo de cirurgia

O Quadro 11, indica a variação da sintomatologia depressiva consoante o tipo de cirurgia das participantes. Constata-se que a sintomatologia depressiva é influenciada pelo tipo de cirurgia.

## Quadro 11

### *Pontuação do CES-D em função do tipo de cirurgia*

Tipo de Cirurgia	CES-D		
	M	DP	N
Cirurgia Conservadora	14,77	10,82	22
Mastectomia	19,60	12,26	42
N=64			

Os resultados indicam que não existem diferenças significativas nos resultados relativos à sintomatologia depressiva, em função do tipo de cirurgia ( $t=-1,55$ ;  $p\text{-value} = 0,125$ ).

### 4.3 Análise da amostra em relação à religiosidade

Da amostra estudada, apenas 4,6% refere não ter nenhuma religião, a grande maioria, 55,4% consideram-se católicas praticantes e ainda, 35,4% das participantes consideram-se católicas não praticantes. Quanto às questões relacionadas com a participação em cerimónias religiosas, como por exemplo, ir à Missa, 75,4% indica ir à igreja mais do que uma vez por semana, 18,5% fazem-no ocasionalmente e 4,6% das participantes nunca vai à igreja.

Uma outra questão pertinente relaciona-se com a participação em atividades religiosas, para além das que já foram enunciadas anteriormente, verificando-se que 60% não realiza outras atividades, 30,8% realizam-nas ocasionalmente e ainda 7,7% semanalmente. Relativamente à frequência com que oram, 75,4% das participantes refere que reza mais do que uma vez por semana, 18,5% rezam ocasionalmente e 4,6% nunca reza (somente 1,5% reza semanalmente).

Quanto à confissão, esta consiste numa prática pouco frequente entre as participantes da amostra, dado que 50,8% nunca se confessa, 38,5% realizam-no ocasionalmente e ainda, 9,2% fazem-no mensalmente.

## Quadro 12

*Estatística descritiva dos resultados da amostra em relação à religiosidade*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Questionário de prática religiosa (QPR)</b>	19,69	4,47	8	32
<b>Questionário sobre crenças (SBI-15R)</b>	33,12	9,44	1	45

### 4.3.1 Variação da religiosidade em função da idade

No que diz respeito à idade, procedeu-se à categorização da amostra em três níveis etários: 33-50; 51-70 e 71-84 anos. No quadro seguinte apresenta-se os resultados da religiosidade consoante os grupos etários enunciados anteriormente.

## Quadro 13

*Pontuação do SBI-15R e do Questionário de Prática Religiosa em função do grupo etário*

<b>Grupo etário</b>	<b>QPR</b>		<b>SBI-15R</b>	
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
33 a 50 anos	18,69	3,98	29,25	11,38
51 a 70 anos	19,89	5,15	33,89	10,45
71 a 84 anos	20,36	2,98	35,86	4,79

Realizou-se a ANOVA (ver Anexo E e F), com o propósito de verificar se existem diferenças significativas entre as médias de cada grupo etário. Os resultados médios obtidos no SBI-15R ( $F_{(2,62)}=0,585$ ;  $p\text{-value}=0,560$ ) e no QPR ( $F_{(2,62)}=2,031$ ;  $p\text{-value}=0,140$ ) indicam que não existem diferenças significativas, consoante os grupos etários, ou seja, a idade não influencia a religiosidade.



### 4.3.2 Variação da religiosidade em função da escolaridade

O quadro seguinte apresenta a relação entre a religiosidade e a escolaridade.

#### Quadro 14

*Pontuação do SBI-15R e do Questionário de Prática Religiosa por nível de escolaridade*

Nível de escolaridade	QPR		SBI-15R	
	M	DP	M	DP
Até 4 Anos	21,95	3,72	36,43	6,35
6 Anos	19,13	1,81	37,63	4,78
9 Anos	20,29	2,56	36,00	7,48
12 Anos	18,15	6,38	28,23	14,57
Bacharelato, Licenciatura e/ou Mestrado	18,00	4,18	29,25	9,91

Verificam-se correlações negativas significativas entre a religiosidade e o nível de escolaridade QPR ( $r=-0,35$ ,  $p<0,01$ ) e SBI-15R ( $r=-0,35$ ,  $p <.01$ ), ou seja, as participantes com maior nível de escolaridade apresentam menos crenças e práticas religiosas. Realizou-se a ANOVA (ver Anexos G e H), em que os resultados médios obtidos no SBI-15R ( $F_{(4,60)}=2,82$ ;  $p\text{-value}=0,033$ ) e no QPR ( $F_{(4,60)}=2,60$ ;  $p\text{-value}=0,045$ ) indicam que existem diferenças significativas, ou seja, a religiosidade é influenciada pelo nível de escolaridade.

Agruparam-se os grupos em duas categorias: “< 9Anos” e “>9 Anos”. Respetivamente, o grupo <9Anos obteve um valor médio de 36,43 no SBI-15R e de 21,95 no QPR e o grupo >9Anos obteve um valor médio de 31,55 no SBI-15R e de 18,61 no QPR. Com o intuito de verificar se existiam diferenças significativas entre as médias obtidas, utilizou-se o t de student.

Os resultados obtidos indicam que não existem diferenças significativas nas médias obtidas entre os diferentes grupos de escolaridade no QPR ( $t=2,99$ ;  $p\text{-value}=$

0,004), mas em relação ao SBI-15R ( $t=1,89$ ;  $p\text{-value}=0,063$ ) as diferenças são estatisticamente significativas.

#### 4.4 Análise da relação entre sintomatologia depressiva e religiosidade

##### 4.4.1 Correlações entre as principais variáveis da religiosidade estudadas e os níveis de sintomatologia depressiva

A relação entre a religiosidade e a sintomatologia depressiva em mulheres com cancro da mama é o tema primordial desta investigação e como tal, a análise que se segue objetiva confirmar ou refutar a hipótese 3. Os dados utilizados para a presente análise consistem na correlação dos resultados obtidos na escala de depressão (CES-D) com os dados obtidos nas duas escalas que medem a religiosidade (QPR e SBI-15R).

Verifica-se que o QPR não demonstra qualquer correlação significativa com o CES-D ( $r=-0,03$ ;  $p\text{-value}=0,832$ ), e igualmente, o SBI-15R não se encontra correlacionado significativamente com o CES-D ( $r=0,05$ ;  $p\text{-value}=0,694$ ).

Estes resultados tendem portanto a infirmar a hipótese formulada.

##### 4.4.1.1 Correlações entre religiosidade e sintomatologia depressiva, em mulheres com baixo e elevado nível de escolaridade

De seguida apresenta-se o quadro 15, que corresponde às correlações entre as escalas da religiosidade e de sintomatologia depressiva, em função de duas categorias grupos: “Mulheres com baixo nível de escolaridade (< 9anos)” e “Mulheres com elevado nível de escolaridade (>9anos)”.

#### Quadro 15

*Correlação de Pearson entre Religiosidade e Sintomatologia Depressiva, em mulheres com baixo e elevado nível de escolaridade (< 9Anos; >9Anos)*

CES-D	QPR	SBI-15R
	Práticas Religiosas	Crenças e Práticas Religiosas
Sintomatologia Depressiva em mulheres com baixo nível de escolaridade (n=36)	<b>-0,38*</b>	<b>-0,35*</b>

**Quadro 15 (Continuação)**

	<b>QPR</b>	<b>SBI-15R</b>
Sintomatologia Depressiva		
em mulheres com elevado nível de escolaridade (n=29)	0,24	0,30

Os resultados obtidos indicam a existência de uma correlação negativa significativa entre os instrumentos que avaliaram a sintomatologia depressiva e a religiosidade, mas apenas para o grupo de mulheres com baixo nível de escolaridade (QPR ( $r=-0,38$ ;  $p\text{-value}=0,023$ ); SBI-15R ( $r=-0,35$ ;  $p\text{-value}=0,038$ )).

**4.4.2 Análise da sintomatologia depressiva em função da religião**

No Quadro 16, apresentam-se os valores da sintomatologia depressiva consoante a caracterização da religião das mulheres com cancro da mama (questão 1 do questionário QPR).

**Quadro 16**

*Pontuação do CES-D em função das categorias de posição religiosa*

<b>Categorias de posição religiosa</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>
Católico praticante	17,78	12,26	36
Católico não praticante	18,61	12,15	23
Cristão não católico	24	—	1
Outra religião	18,50	12,02	2
Sem religião	13,67	10,26	3

Com o propósito de verificar se existem diferenças significativas entre as médias obtidas da sintomatologia depressiva, em relação às categorias: católico praticante e católico não praticante, utilizou-se um  $t$  de *student*. Os resultados obtidos indicam que a média da sintomatologia depressiva não é significativamente diferente entre as

categorias Católico Praticante e Católico Não Praticante, ou seja, a posição religião não influencia os níveis de sintomatologia depressiva ( $p\text{-value}=0,80$ ).

#### 4.5 Resultados da amostra em relação às estratégias de *coping*

Procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva dos resultados relativos às estratégias de *coping* (Quadro 17).

##### Quadro 17

*Resultados obtidos no Mini-MAC*

Fatores do Mini-MAC	M	DP
Evitamento Cognitivo	11,18	2,77
Espírito de Luta	12,97	2,19
Desânimo/Fraqueza	13,38	5,19
Fatalismo	16,06	2,77
Preocupação Ansiosa	18,03	5,48
N=65		

As estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres que compuseram a amostra foram as estratégias *Preocupação Ansiosa* e *Fatalismo*, seguindo-se as estratégias *Desânimo/Fraqueza* e *Espírito de Luta*. Os dados obtidos indicaram ainda que a estratégia de *coping* menos utilizada foi o *Evitamento Cognitivo*.

##### 4.5.1 Análise da correlação entre os diferentes fatores das estratégias de *coping*

Primeiramente, realizou-se a análise de consistência interna do conjunto de itens selecionados para cada fator, que no seu todo constituem o Mini-MAC. Os resultados foram apurados através do coeficiente de *alfa de Cronbach*, como apresentado no Quadro 18.

##### Quadro 18

*Alfa de Cronbach dos fatores do Mini-MAC*

Fatores do Mini-MAC	Alfa
Preocupação Ansiosa	.85
Espírito de Luta	.63

Quadro 18 (Continuação)

<b>Fatores do Mini-MAC</b>	<b>Alfa</b>
Evitamento Cognitivo	.61
Fatalismo	.65
Desânimo/Fraqueza	.87

O fator *Preocupação Ansiosa* e o fator *Desânimo/Fraqueza*, apresentam uma boa consistência interna (.85 e .87, respetivamente). Já os restantes fatores apresentam uma consistência apenas razoável: *Espírito de Luta* (.63), *Evitamento Cognitivo* (.61) e *Fatalismo* (.65), pelo que os resultados em relação às mesmas devem ser interpretados com precaução.

#### 4.5.2 Variação das estratégias de *coping* em função das variáveis sociodemográficas

##### 4.5.2.1 Variação das estratégias de *coping* em função da idade

No Quadro 19, apresenta-se os resultados das estratégias de *coping* consoante os diferentes grupos etários.

Quadro 19

*Estatística descritiva dos resultados obtidos no Mini-Mac, consoante os diferentes grupos etários*

<b>Fatores do Mini-MAC</b>	<b>Grupo 1 (33-50 Anos)</b>		<b>Grupo 2 (51 a 70 Anos)</b>		<b>Grupo 3 (71 a 84 Anos)</b>	
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Desânimo/Fraqueza	13,22	5,02	13,46	5,06	14,93	5,99
Preocupação Ansiosa	18,24	6,06	18,26	6,16	17,79	5,38

**Quadro continua**

**Quadro 19 (Continuação)**

Espírito de Luta	12,73	2,43	12,66	2,47	12,64	1,95
Fatalismo	16,05	2,92	16,06	2,96	16,29	3,10
Evitamento Cognitivo	11,03	2,97	11,23	2,86	10,71	2,23

Com o objetivo de descobrir, de entre os três grupos etários, se existem diferenças significativas em relação às estratégias de *coping* utilizadas, realizaram-se diversas ANOVA. Os resultados obtidos indicam que a média de idade não é significativamente diferente entre os três grupos etários, ou seja, a idade não influencia o tipo de estratégias de *coping* utilizadas.

**4.5.2.2 Variação das estratégias de coping em função do nível de escolaridade**

No Quadro 20, apresenta-se os resultados das estratégias de *coping* consoante os diferentes níveis de escolaridade.

**Quadro 20**

*Estatística descritiva dos resultados obtidos no Mini-Mac, consoante os níveis de escolaridade*

	Até ao 4º Ano de escolaridade		6º a 9º Ano de escolaridade		12º Ano de escolaridade		Lic./Bach./ Mest.	
<b>Fatores do Mini-MAC</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Desânimo/ Fraqueza	14,95	6,05	13,00	5,39	13,69	5,53	11,44	2,61
Preocupação Ansiosa	18,33	6,66	16,60	5,54	18,92	5,60	18,19	3,49
Espírito de Luta	13,33	2,06	12,60	3,16	12,85	1,99	12,94	1,44
Fatalismo	17,43	2,82	15,13	3,54	15,15	1,52	15,87	2,06
Evitamento Cognitivo	11,71	2,69	11,00	3,19	11,69	1,97	10,25	2,98

Os resultados obtidos consoante os diferentes grupos etários, indicam que as diferenças existentes entre as médias não são significativas. Portanto, os resultados indicam que o nível de escolaridade não influencia o tipo de estratégias de *coping* utilizadas.

#### 4.5.3 Correlações entre as estratégias de *coping* e a sintomatologia depressiva

As correlações entre os fatores identificados no Mini-MAC e a sintomatologia depressiva encontram-se discriminadas no Quadro 21.

##### Quadro 21

*Correlação entre os fatores identificados no Mini-MAC e a Sintomatologia Depressiva*

Fatores do Mini-MAC	Índice Total de Sintomatologia Depressiva
Evitamento Cognitivo	.14
Desânimo/Fraqueza	<b>.44**</b>
Fatalismo	.00
Espírito de Luta	.08
Preocupação Ansiosa	<b>.36**</b>
**. A correlação é significativa no nível 0.01.	

Através da análise do quadro é possível verificar que ambas as estratégias *Desânimo/Fraqueza* e *Preocupação Ansiosa* mostram uma correlação positiva moderada com a sintomatologia depressiva (respetivamente,  $r=.44$ ;  $r=.36$ ). Já as estratégias Evitamento Cognitivo, Fatalismo e Espírito de Luta não apresentaram uma relação significativa com esta variável.

## Capítulo 5 – Discussão dos resultados

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos neste estudo, tendo em conta os objetivos anteriormente propostos. Estes consistiam em: (1) verificar se as mulheres com cancro da mama apresentam mais sintomatologia depressiva do que a população geral; (2) analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade e escolaridade, poderão exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva; (3) analisar se as variáveis clínicas, nomeadamente, tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tipo de cirurgia, poderão exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva; (4) analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade e escolaridade, poderão exercer influência sobre os níveis de religiosidade; (5) verificar a relação entre sintomatologia depressiva e religiosidade; (6) analisar quais as estratégias de coping mais utilizadas por mulheres com cancro da mama; (7) analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade e nível de escolaridade, poderão exercer influência sobre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas; e (8) verificar se existe uma relação entre determinadas estratégias de *coping* e a sintomatologia depressiva.

Começando-se por analisar as características da amostra, verificou-se que na sua maioria são mulheres casadas ou vivem em união de fato, têm o 4º ano de escolaridade e estão reformadas. Relativamente às crenças, maioritariamente são católicas praticantes, tendo recebido, na sua generalidade, todos os sacramentos religiosos. Segundo os dados de Teixeira (2012), os resultados deste estudo são semelhantes aos resultados de diversos estudos acerca da religião em Portugal, verificando-se que a população portuguesa é maioritariamente católica, sobretudo os mais velhos.

Em relação ao **primeiro objetivo** desta investigação, observou-se que a amostra em estudo apresenta valores muito elevados de sintomatologia depressiva, ou seja, 36,9% da amostra apresenta pontuação igual ou superior ao ponto de corte de 20. Num estudo anterior (Ciaramella & Poli, 2001), realizado em Itália e com uma população oncológica de 100 indivíduos, foram também encontradas taxas de prevalência elevadas (28%) através da aplicação da Escala de Classificação da Depressão – HAMD e de uma entrevista clínica estruturada segundo o DSM-III. Da mesma forma, Moorey (1989, citado por Maluf, Mori & Barros, 2005), afirma que 25 a 35% das mulheres com cancro da mama irão desenvolver ansiedade e/ou depressão ao longo de todo este processo.



A depressão aparece como uma das principais patologias psiquiátricas em mulheres com cancro da mama, associado a elevados índices de mortalidade e morbilidade, assumindo prevalências de 22 a 29% (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009). A mulher com cancro da mama vive numa situação de permanente sofrimento e incerteza, como a aceitação de uma doença que, geralmente, se encontra associada à morte, existindo ainda a forte possibilidade de realização de cirurgia (Ogden, 2004). Neste seguimento, verifica-se que o cancro da mama muitas vezes faz-se acompanhar de sentimentos de tristeza, angústia e desânimo, que acabam por resultar, geralmente, em síndromes depressivas.

O **segundo objetivo** desta investigação consistia em analisar se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade e escolaridade, poderiam exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva.

Através da análise de resultados verificou-se que a idade e o nível de escolaridade não influenciam significativamente os níveis de sintomatologia depressiva de mulheres com cancro da mama, portanto, a hipótese não foi confirmada. Smith, McCullough e Poll (2003) reforçam que a sintomatologia depressiva não diverge consoante variáveis como a idade, mas que se torna significativamente relevante em indivíduos com elevados níveis de stresse e com maior fragilidade física.

Em relação ao **terceiro objetivo**, que visava a análise da influência que as variáveis clínicas, nomeadamente, tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tipo de cirurgia, poderiam exercer influência sobre os níveis de sintomatologia depressiva. Os resultados indicaram que apesar de não se verificarem relações significativas entre as variáveis, demonstrou-se que a sintomatologia depressiva apresentou valores mais elevados nas mulheres em que o tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro foi até três anos, em comparação com as mulheres que souberam o diagnóstico há mais tempo.

Com o **quarto objetivo** desta investigação, pretendia-se perceber se as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade e escolaridade, poderiam exercer influência sobre os níveis de religiosidade, tendo sido formulada a hipótese de que se esperaria encontrar maiores níveis de religiosidade nas participantes mais velhas. Analisando os resultados, verificou-se que não existem relações significativas entre os níveis de religiosidade e a idade. No entanto, em relação ao nível de escolaridade, verificou-se

uma relação negativa com a religiosidade, ou seja, as participantes com maior nível de escolaridade indicam ter menos crenças e práticas religiosas.

Em relação ao **quinto objetivo** desta investigação, que consistia em verificar a relação entre sintomatologia depressiva e religiosidade, foi colocada a hipótese de que existiria uma associação negativa entre a religiosidade (crenças e práticas religiosas) e a sintomatologia depressiva, sendo então esperado que as mulheres com maiores práticas religiosas apresentassem menor sintomatologia depressiva na Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Esta hipótese foi confirmada apenas para o grupo de mulheres com baixo nível de escolaridade (inferior a 9 anos), visto que, neste grupo, as mulheres que obtiveram maiores pontuações no Questionário de Práticas Religiosas, apresentavam menores níveis de sintomatologia depressiva.

Segundo Pargament (1998, citado por Moreira-Almeida & Stroppa, 2009) existe uma forte associação entre depressão e religiosidade, em que as estratégias de *coping* religioso positivo se encontram relacionadas inversamente com a ocorrência e intensidade de sintomas depressivos. Por outro lado, Smith, McCullough e Poll (2003) reforçam que esta associação não diverge consoante variáveis como a idade, mas que se torna significativamente relevante em indivíduos com elevados níveis de stresse e com maior fragilidade física. Estas conclusões estão de acordo com esta investigação, dado que se verificou existir uma relação significativa entre a sintomatologia depressiva e a religiosidade em mulheres com cancro da mama. Apoando-nos na opinião de alguns autores (e.g. Smith, McCullough & Pool, 2003), é-nos possível presumir que em relação aos indivíduos com elevados índices de sintomatologia depressiva, dada a falta de energia, emergente do cancro da mama e da depressão, os indivíduos que até momento eram muito religiosos, agora podem demonstrar uma enorme dificuldade em envolverem-se em práticas religiosas, o que consequentemente fará com que se obtenham os resultados baixos ao nível da religiosidade.

O **objetivo seis** deste estudo dizia respeito à análise de quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por mulheres com cancro da mama. Através dos resultados obtidos no Mini-MAC pode-se constatar que a estratégia de *coping* frequentemente adoptada pelas participantes da amostra é o *Desânimo/Fraqueza*. Trata-se de uma estratégia negativa, em comparação com o *Espírito de Luta*, pois caracteriza-se pela ansiedade constante e também por uma percepção da doença como ameaçadora (Varela & Leal, 2007).

As mulheres que fazem parte deste estudo vêm referenciadas para o Movimento Vencer e Viver, por parte dos médicos oncologistas, com o intuito de obterem mangas e sutiãs próprios para a situação em que se encontram. Portanto, é compreensível que a estratégia de *coping* *Desânimo/Fraqueza* tenha sido a mais utilizada, pois as mulheres pretendem diminuir o desconforto e sofrimento sentidos e ainda, alterar a situação complicada em que se encontram através da procura de um profissional de saúde que possibilite, de certa forma, minimizar o sofrimento. Pode-se afirmar que estes dados não vão de encontro aos resultados apresentados por Varela e Leal (2007), que indicavam a estratégia que geralmente é a mais utilizada pelas mulheres com cancro da mama é o *Espírito de Luta*. A segunda estratégia de *coping* mais utilizada pelas participantes do nosso estudo é a *Preocupação Ansiosa*. Trata-se de uma estratégia passiva e pouco adaptativa, caracterizando-se por uma ansiedade constante. Tal como mencionado, o cancro da mama associa-se à ideia de morte, como tal, muitos dos indivíduos percebem a sua situação como pouco controlável, onde provavelmente, só lhes resta esperar e apoiar-se na “esperança” de que progressivamente o sofrimento e desconforto causados pela doença e subsequentes tratamentos diminuam.

A estratégia de *coping* menos utilizada pela presente amostra foi o *Evitamento Cognitivo*, que se centra na recusa ou minimização do diagnóstico, ou seja, não se pensa nem se fala sobre a doença.

Contudo, para além deste resultado mais geral, existem outros que também merecem ser abordados. Continuando com as estratégias de *coping*, os resultados sugerem que as mulheres que se encontram em tratamento utilizam mais estratégias focadas na emoção, nomeadamente, *Preocupação Ansiosa* e *Fatalismo*, o que lhes permite a diminuição do desconforto e sofrimento sentidos, uma vez que é uma fase muito próxima do diagnóstico e em que ainda não houve disponibilidade emocional suficiente para a mulher se aceitar e adaptar ao presente estado de saúde. No entanto, os dados relativos às mulheres que não se encontram atualmente a realizar tratamento, indicam também uma maior utilização de estratégias focadas na emoção, à exceção da segunda estratégia mais utilizada que consiste no *Fatalismo*, dados que nos surpreendem.

Portanto, os resultados obtidos na presente investigação também não vão de encontro aos estudos de Lazarus e Folkman (1984) e Hack e Degner (2004), que nos indicam que após o acontecimento stressante, verifica-se a utilização de estratégias de

*coping* focadas na emoção e que progressivamente vão sendo substituídas por estratégias mais adaptativas.

No que respeita ao **objetivo sete** deste estudo, pretendeu-se analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, idade e nível de escolaridade e o tipo de estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados do presente estudo indicam que a idade e o nível de escolaridade não se relacionam com as estratégias de *coping* que são adotadas pelas mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Os resultados da presente investigação divergem dos obtidos por Schnoll e colaboradores (cit. por Rowland, 1989b) pois estes autores afirmam que as idades dos indivíduos com doenças oncológicas têm influência nas estratégias de *coping* utilizadas. Pressupõe-se que o fato destes resultados serem distintos pode estar relacionado com o tipo de medidas utilizadas, bem como com a discrepância temporal do estudo em relação à presente investigação.

O **oitavo objetivo** desta investigação dizia respeito à análise da relação entre as estratégias de *coping*, recolhidas através do Mini-MAC, e a sintomatologia depressiva, tendo sido colocada a hipótese (hipótese quatro deste estudo), de que quanto maior a frequência de utilização de estratégias de *coping* ativas, menor seriam os níveis de sintomatologia depressiva.

Relativamente a este objetivo, verificou-se que as estratégias *Desânimo/Fraqueza* e *Preocupação Ansiosa* mostram uma relação positiva moderada com a sintomatologia depressiva, o que não é de surpreender, dado que ambas as estratégias de *coping* se caracterizam por serem passivas e pouco adaptativas. Os resultados obtidos indicam que as mulheres com cancro da mama, utilizam frequentemente estratégias que vão de encontro aos elevados níveis de sintomatologia depressiva, pois o *Desânimo/Fraqueza* caracteriza-se pelo pessimismo e a *Preocupação Ansiosa* por uma ansiedade constante. Assim sendo, na ausência de uma posição desafiadora face ao cancro, estas mulheres refugiam-se nas incertezas e sofrimentos constantes. No que concerne às estratégias *Evitamento Cognitivo*, *Fatalismo* e *Espírito de Luta*, estas não apresentaram uma relação significativa com a sintomatologia depressiva. Mais uma vez reforça-se que, estas mulheres, dado o acontecimento de vida em que se encontram, gerador de grande stresse e sofrimento, vêem a doença como uma ameaça, à qual não podem fazer frente. Os resultados obtidos indicam a confirmação da hipótese indiretamente, dado que o sentido geral da relação esperada confirma-se.

## Capítulo 6 - Conclusões

Neste capítulo são apresentadas as considerações mais relevantes, resumindo os resultados principais desta investigação, ao mesmo tempo que se evidenciam as limitações do estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

Esta investigação teve como primordial objetivo o estudo da sintomatologia depressiva, da religiosidade e das estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama.

Os resultados obtidos indicam que, a maioria das mulheres com cancro da mama da amostra apresentam uma elevada sintomatologia depressiva. Estes resultados confirmam estudos anteriores, pois o cancro da mama acarreta na mulher sofrimento psicológico e físico e também incertezas relativamente ao que poderá suceder e, que por sua vez, remete para tristezas, angústias e incertezas sentidas pela mulher e, que por sua vez conduz à sintomatologia depressiva. Os resultados obtidos permitem-nos constatar que no caso das mulheres em que o diagnóstico do cancro (ou a cirurgia) da mama foi até há três anos existe um aumento dos níveis de sintomatologia depressiva em relação às mulheres que souberam o diagnóstico há mais tempo. Quanto ao tipo de cirurgia, não se verificaram relações significativas.

Em relação à variação da sintomatologia depressiva e da religiosidade, em função da idade, não foram encontradas diferenças significativas.

Conclui-se que existe uma relação negativa significativa entre a pontuação na escala CES-D e a religiosidade: nas mulheres com baixo nível de escolaridade (inferior a 9 anos), um nível mais elevado de religiosidade está relacionado com um nível mais baixo de sintomatologia depressiva. Estes resultados evidenciam que a variável religiosidade é um fator importante na vida destas mulheres.

Quanto às estratégias de *coping*, verifica-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres com cancro da mama foram o Desânimo/Fraqueza e a Preocupação Ansiosa, ambas estratégias pouco adaptativas e negativas.

A dificuldade em obter uma amostra mais alargada tornou-se um grande constrangimento para este estudo. Portanto, a amostra reduzida obriga a uma maior atenção na interpretação e generalização dos resultados. No futuro esta será obrigatoriamente uma questão que deverá ser tida em conta, tentando alargar a amostra a um maior número de participantes.

Seria também importante que fossem tidas em conta variáveis como a imagem corporal das mulheres com doença oncológica, dado que é um aspeto chave na abordagem do cancro da mama, devido a todo o simbolismo que o seio constitui para a mulher.

## Referências Bibliográficas

- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysoschoou, M. (2006). The mini-mental adjustment to cancer (Mini-Mac) scale: construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 79-89.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bertero, C. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-Oncology*, 11, 356-364.
- Ciaramella, A. & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-oncology*, 10, 156-165.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- DGS (2000). *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*. Portugal, Direção Geral de Saúde.
- DGS (2004<sup>a</sup>). *Risco de Morrer em Portugal*. Portugal, Direção Geral de Saúde.
- Durá, E. & Dias, M. R. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M. & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18, 581-592.
- Fernández-Abascal, E., Sánchez, M. & Diaz, M. (2003). Emoción y motivación: La adaptación humana. *Colección Psicología*. Madrid: Centro estudios Ramón Areces.
- Hampton, M. & Frombach, I. (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International*, 21, 67-76.

- Hoffmann, F. S., Muller, M. C. & Rubin, R. (2006). A mulher com cancer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 14(2), 143-150.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S. Gronert, M. K., Sison, A., Leberg, M., Russak, S. M., Baider, L., Fox, B. (1998). A brief spiritual belief inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*, 7, 460-469.
- Kleiboer, A., Bennett, F., Hodges, L., Walker, J., Thekkumpurath, P., Sharpe, M., (2011). The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-Oncology*, 20(1): 62-68.
- Kleiboer, A., Bennett, F., Hodges, L., Walker, J., Thekkumpurath, P., Sharpe, M., (2011). The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-Oncology*, 20(1): 62-68.
- Lobo, A.L.G.S. (2012). *Religiosidade e Sintomatologia Depressiva – Influência do nível de escolaridade nesta relação e da ruralidade na vivência religiosa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Pinto, E. (2009). Espiritualidade e religiosidade: articulações. *Revista de Estudos da Religião*, 68-83.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Silva, F. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Schou, Ekeberg, C. M., Ruland, L., Sandvik & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320.



- Smith, T. B., McCullough, M. E. & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 4(129), 614-636.
- Teixeira, A. (2012, Abril). Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas. Resumo do relatório na assembleia plenária da conferência episcopal portuguesa, Fátima.
- Tyczynski, J., Bray, F. & Parkin, D. (2002). Breast cancer in Europe. ENCR, European Network of Cancer Registries, IARC, 2, 1-4
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 479-488.
- Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H. & Haes, H. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 6, 557-580.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further Development of the Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 18(1), 203-209.
- Wildes, K. A., Miller, A. R., Miguel de Majors, S. S. & Ramirez, A. G. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-oncology*. 18, 831-840.

# Anexos

### **Anexo A**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no CES-D em função do nível de escolaridade

CES_D_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	181,507	2	90,754	,640	,531
Nos grupos	8786,493	62	141,718		

### **Anexo B**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no CES-D, em função do nível de escolaridade

CES_D_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	1069,641	4	267,410	2,031	,101
Nos grupos	7898,359	60	131,639		

### **Anexo C**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no CES-D, em função do tempo de diagnóstico

CES_D_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	1120,401	3	373,467	2,961	,039
Nos grupos	7441,155	59	126,121		

#### **Anexo D**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no CES-D, em função do tempo de cirurgia

CES_D_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	1292,429	3	430,810	3,424	,023
Nos grupos	7675,571	61	125,829		

#### **Anexo E**

Cálculo da ANOVA, em relação à pontuação do Questionário de Práticas Religiosas, em função do grupo etário

QPR_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	23,652	2	11,826	,585	,560
Nos grupos	1254,195	62	20,229		

#### **Anexo F**

Cálculo da ANOVA, em relação à pontuação do SBI-15R em função do grupo etário

SBI_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	388,821	2	194,410	2,031	,140
Nos grupos	5934,195	62	95,713		

### **Anexo G**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no QPR, em função do nível de escolaridade

QPR_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	188,898	4	47,224	2,602	,045
Nos grupos	1088,948	60	18,149		

### **Anexo H**

Cálculo da ANOVA, em relação às pontuações obtidas no SBI-15R, em função do nível de escolaridade

SBI_t	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig
Entre Grupos	1000,690	4	250,172	2,820	,033
Nos grupos	5322,326	60	88,705		